

сочетается с таким явлением как инертность мышления и господство упований на помощь государства.

Именно здесь представляется возможной сфера приложения усилий социальных работников, выступающих не только и не столько в роли распределителя и без того скудных социальных благ (а такое понимание функций социального работника, к сожалению, до сих пор превалирует в обыденном сознании), сколько в качестве посредника между личностью и государством, инициирующим не только организацию адресной социальной помощи, но и способным предлагать и отыскивать клиентам реальные пути и способы улучшения собственной ситуации.

© Бурлуцкая М.Г., Кузьмин К.В.,  
Петрова Л.Е., Ткаченко А.И., 2001

*Н.Б. Качайнова*

### **Эволюция технологии патронажа детей–инвалидов в социальной работе**

Представленный материал посвящен анализу процесса развития и становлению современной технологии патронажа детей–инвалидов. Патронаж – традиционный и один из самых привлекательных, благодарных видов деятельности социального работника. Однако его эффективность может быть различной и зависит она, в первую очередь, от понимания *целей* этой работы, а следовательно, и от содержания используемых средств и умения специалиста их применять. Этот текст является кратким изложением некоторых идей учебного пособия, подготовленного на основе сотрудничества автора со специалистами Екатеринбургского городского социально-реабилитационного Центра для детей и подростков с ограниченными возможностями. Цель предлагаемого сообщения – показать, насколько велико отличие современного подхода к детской инвалидности от предшествующих, имевших место в социальной работе, сформулировать идеологию, концепцию, основное содержание патронажа детей с ограниченными (другими) возможностями.

Для краткости представим процесс становления современного понимания детской инвалидности в виде таблицы:

## Эволюция подходов к детской инвалидности:

<i>Подход</i>	<i>Понятие</i>	<i>Цель патрона- жа</i>	<i>Содержание</i>
Медицинский	Инвалид (неполноценный человек, несчастный ребенок)	Лечение, под- держание ста- бильного физи- ческого и пси- хического со- стояния	Призрение, уход, матери- альная помощь, содержа- ние в специализирован- ных учреждениях
Функцио- нальный	Ребенок с ог- раниченными возможно- стями (имею- щий физи- ческие или психические недостатки)	Компенсация утраченных функций	Попечение, обслуживание на дому, пенсии, пособия, специальные обучающие программы
Гуманистиче- ский (психосоци- альный)	Ребенок с другими воз- можностями (особый ребе- нок)	Социальная адаптация, само- стоятельная, по возможности, независимая жизнь	Система социальных ус- луг: консультативные, пе- дагогические, медицин- ские, юридические и пр. по единой реабилитаци- онной программе. Работа с семьей.

XX век называют «веком детей», поставившим задачу освобождения детей от угнетения и насилия, обеспечения их прав и свобод. Дети-инвалиды нуждаются в защите и помощи в еще большей степе-  
ни, так как долгое время они подвергались дискриминации еще и как инвалиды. В становлении современной парадигмы социальной помощи детям с ограниченными возможностями большую роль сыграли работы специалистов различных отраслей наук о человеке и обществе – педагогов, психиатров, социологов (Т.Вейса, Де Моса, В.П.Кащенко, К.Кенига, С.С.Корсакова, Ч.Пирса, Р.Штейнера, Г.Юнссона и др.).

В социальной работе забота о детях заняла подобающее ей ме-  
сто, но это не означает, что все аспекты этой работы ясны, техноло-  
гии разработаны, а специалисты в полной мере ими владеют. Об  
этом свидетельствует отсутствие детей-инвалидов на улицах рос-  
сийских городов, в детских, культурных и образовательных учреж-  
дениях, дискриминация в системе профессионального образования,  
крайняя нестабильность семей с детьми-инвалидами и пр. Мировая  
практика социальной работы с детьми-инвалидами накопила доста-  
точный опыт ошибок и успехов, опираясь на который можно утвер-

ждать, что сегодня сложилась эффективная комплексная концепция и практическая система оказания помощи и поддержки, предоставления социальных услуг детям с ограниченными возможностями. Все это необходимо применить на практике.

*Во-первых*, изменился смысл понятия «инвалид»: это человек, обладающий определенными ресурсами и возможностями, исключаящими его изоляцию от здоровых, включенный в окружающую жизнь, испытывающий удовлетворение и радость от своей жизни. Социальная работа с ребенком–инвалидом исходит не из его недостатков (не из того, чего у него нет), а из его *возможностей*.

*Во-вторых*, изменилось понимание объекта социальной работы: им является не только сам ребенок–инвалид, но и его семья. Апробация различных моделей работы с особыми детьми показывает, что без участия родителей, при наличии у них неразрешенных социальных проблем, переживании отчаяния, вины, безысходности, в условиях изолированного содержания детей в специализированных социальных учреждениях, полноценный процесс социализации, становления личности, включения в нормальную жизнь ребенка–инвалида невозможен. Поэтому в программе реабилитации патронаж ориентирован на семью с ребенком–инвалидом. В зарубежной практике распространено усыновление детей–инвалидов или воспитание в «адаптивных семьях» (в Германии в такую семью может быть взят и ребенок, имеющий родителей, с целью расширения его социального опыта).

*В-третьих*, особое место в социальной работе с детьми–инвалидами, их семьями отводится *раннему* вмешательству и технологии *реабилитации*, понимаемой как процесс, комплекс мер, направленных на восстановление возможно полной жизнедеятельности клиента. Особое значение имеет понимание того, что ребенок уже при рождении является социальным существом, обладает способностью к *протодиалогу*. Поэтому общение является основой и условием развития ребенка–инвалида. (Пример: разработанная в России школой Э.Ильенкова технология воспитания и обучения слепоглухонемых детей).

*В-четвертых*, во многом изменилось понимание «*патронажа*» как особой технологии социального обслуживания, обеспечивающей не только регулярный контроль над ситуацией, осуществляемый по месту жительства ребенка–инвалида, но и оказание семье всей необходимой помощи. Патронаж не противопоставляется стационарному обслуживанию. Они являются частями единой реабилитационной программы, взаимно дополняя друг друга и ориентируясь на достижение общего конечного результата. Соответственно значи-

тельно расширился спектр патронажных услуг, изменились его функции. К важнейшим из них относятся:

- *консультативная* – информация семьи о правах, льготах, о существующих методах реабилитации, ознакомление с прогнозом, ожидаемыми результатами реабилитационной программы, с аналогичными случаями и ситуациями, встречавшимися в практике социальной работы;

- *психотерапевтическая* – снятие стресса, аффективных состояний ребенка и членов его семьи, помощь в разрешении конфликтов, обучение методам релаксации, психологическая поддержка, укрепление надежды, оптимизма, активизация ребенка и его семьи и пр.;

- *посредничества* – обеспечение контактов семьи и ребенка с нужными специалистами, учреждениями, общественными организациями, спонсорами, добровольными социальными работниками, организация совместной деятельности для эффективного оказания помощи ребенку;

- *коммуникативная* – обучение и создание условий для общения детей между собой, а также со здоровыми детьми и взрослыми, обеспечение социальных контактов семьи, ее включение в максимально широкую сеть отношений: родственных, соседских, дружеских, в том числе и с другими семьями, имеющими подобные проблемы;

- *диагностическая* – исследование, анализ и оценка состояния ребенка, условий и обстоятельств его жизни в семье, семейных отношений;

- *когнитивная* – исследование и постоянное отслеживание изменений ситуации, в которой находится ребенок, анализ получаемой информации, коррекция используемых средств и форм социальной работы в соответствии с происходящими изменениями, а также потребностями и интересами ребенка;

- *контрольная* – предупреждение насилия над ребенком, его заброшенности, изоляции от окружающего мира, а также содействие выполнению предписаний и рекомендаций специалистов, реабилитационных мероприятий, составляющих принятую программу помощи и поддержки ребенка и его семьи;

- *ухода* – помощь семье в уходе за ребенком, в проведении медицинских и гигиенических мероприятий, обучение ребенка самообслуживанию, помощь в организации досуга семьи;

- *педагогическая* – помощь семье в воспитании и обучении ребенка, выявление потребностей и интересов ребенка, профессио-

нальная ориентация и обучение старших детей, обучение родителей и пр.;

- *реабилитационная* – интеграция усилий всех специалистов Центра, самого ребенка и его родителей в реализации индивидуальной реабилитационной программы и достижении поставленной в ней цели.

В основу патронажа особого ребенка в Центре положена *индивидуальная программа* реабилитации, составляемая на основе диагноза консилиума разных специалистов и включающая несколько направлений: медико-социальное, психологическое, социально-педагогическое, а также ряд форм обслуживания: стационарное, амбулаторное и по месту жительства. В основе реабилитационной программы лежит понимание того, *какие* социальные проблемы есть у ребенка, *как* они возникли, *как* они влияют на ребенка и его семью, а также *какие* ресурсы, имеющиеся у самого ребенка, у его семьи помогут справиться с этими проблемами.

Патронаж в рамках такой программы осуществляется квалифицированным специалистом по социальной работе (в зарубежной практике для этого требуется специальный документ, дающий право на патронажную работу по месту жительства, в дневных центрах, общежитиях, больницах, интернатах и пр.).

Соответственно, к социальному работнику, занимающемуся патронажем особых детей, предъявляется ряд дополнительных *требований*: владение базовыми навыками патронажа, специфическими знаниями о болезни клиента, а также к его личным качествам.

Профкомпетентность социального работника в Центре медико-социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями, осуществляющего патронаж, как показывает опыт практической работы, включает в себя следующие составляющие:

- 1) умение сотрудничать со всеми специалистами центра: врачами, педагогами, психологами, юристами и пр.;
- 2) способность привлекать к сотрудничеству, организовывать *общение* детей-инвалидов, и их семей со здоровыми детьми и взрослыми;
- 3) умение осуществлять диалог с клиентами и их близкими, устанавливать доверительные, уважительные отношения с ними;
- 4) хорошее знание существующего законодательства, умение его использовать для защиты интересов и прав ребенка и его семьи;
- 5) умение выделить первостепенные потребности ребенка;
- 6) учет потребностей и интересов ребенка-инвалида, помня, что у него, как и у любого ребенка есть не только ментальные физиологические, но и социальные потребности: в неразрывной связи с

семьей, в близости и поддержке взрослых, заботящихся о нем, в аффирмации, уважении к себе, в диалоге с взрослым;

7) владение широким спектром технологий социальной работы: диагностики, консультирования, прогнозирования, адаптации, реабилитации, профилактики и др., применительно к различным группам детей и различным условиям их жизни;

8) умение оценивать результаты патронажа, корректировать свою деятельность, адекватно оценивать свои профессиональные возможности и личные ресурсы.

Отсутствие профессионализма ведет к двум серьезным опасностям. Первая из них состоит в стремлении социального работника, осуществляющего патронаж, максимально взять на себя функции семьи по уходу и воспитанию ребенка. Она связана с патерналистским отношением к семье, недоверием к ней, с другими чертами, характерными для ранних этапов развития социальной работы. Такая позиция способствует утрате семьей ответственности за судьбу ребенка, разрушает внутрисемейные связи, ведет к отчуждению ребенка, ставит семью в полную зависимость от социального работника. Даже если эти последствия не представлены в своей крайней форме, они приводят к низкой эффективности патронажа.

Вторая опасность состоит в гиперопеке ребенка со стороны социального работника и семьи. Она, как правило, является следствием недоверия к ребенку, отношения к нему как к неполноценному, неспособному к развитию, что приводит к полной зависимости ребенка—инвалида от окружающих, к утрате способности к изменению.

Сложившаяся сегодня *гуманистически-ориентированная* модель социального патронажа семей с детьми—инвалидами базируется на следующих принципах:

- раннего вмешательства, осуществляемого с момента рождения больного ребенка, направленного на информирование, обучение и поддержку родителей, на активизацию их усилий по воспитанию ребенка;
- индивидуального подхода, предоставления тех услуг, которые необходимы данной семье в данный момент, в соответствии с индивидуальной программой реабилитации;
- комплексного характера предоставляемых услуг, охватывающих различные стороны жизни семьи;
- ориентации на помощь семье ребенка—инвалида;
- максимального информирования семьи по всем затрагивающим ее интересы вопросам;

- стабильности – патронаж должен носить по возможности систематический характер и проводиться постоянным работником;
- документирования – каждое посещение, контакт с ребенком–инвалидом и его семьей заранее планируются, подчиняются конкретной цели, решают определенные задачи, которые формулируются в дневнике социального работника. Туда же заносятся данные наблюдения и анализа результатов патронажа. Заполняется вся необходимая документация.

© Качайнова Н.Б., 2001

*Л.Б.Малкова*

### **Технология патронажа семей, состоящих на учете в реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями**

Организация специализированного реабилитационного центра предусматривает оказание помощи в проведении процесса реабилитации для определенной категории населения. Так муниципальное учреждение «Городской социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее – МУ ГЦР или ГЦР) предназначен для работы с детьми, имеющими органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) и возникшие в связи с этим стойкие нарушения здоровья, ведущие к инвалидности.

В настоящее время не менее 10% детей от младенчества до 18-ти лет имеют различные отклонения в развитии, требующие пристального внимания и комплексной помощи специалистов – врачей, педагогов, социальных работников. Среди них около 30% детей, ограничение возможностей которых связано с поражением центральной нервной системы.

Наличие ГЦР в Екатеринбурге позволяет целенаправленно разрабатывать и внедрять комплексные реабилитационные технологии, объединяющие усилия медицинских и социальных работников, психологов и педагогов с целью обеспечить социализацию ребенка-инвалида и его семьи, добиться их максимальной самостоятельности в решении возникающих проблем.

МУ ГЦР был организован в первой половине 1990 г., но, несмотря на сравнительно небольшой стаж работы, специалистами, в основном, сформулированы принципы патронажа семей, воспиты-